

**DEPARTMENT OF FAMILY SERVICES
Office for Children
Child Care Assistance and Referral
12011 Government Center Pkwy – 8th Floor
Fairfax, VA 22035
703-449-8484 TDD 703-324-3923
FAX 703-324-3917**

La Asistencia para el cuidado y remisión de niños (Child Care Assistance and Referral - CCAR) de la Oficina Para Niños, ayuda a familias de ingresos bajos o moderados, con los costos del cuidado de los niños. Para ser elegible en CCAR, usted debe ser residente del condado de Fairfax, además de:

- Estar trabajando o estar inscrito en un programa de capacitación laboral aprobado y cumplir con las pautas de ingreso anual de un grupo familiar. Si usted es elegible bajo esta categoría, usted deberá pagar una cuota por el cuidado de los niños.

Por favor, complete el formulario de solicitud adjunto y devuélvalo con una prueba de su domicilio e información sobre su trabajo y/o capacitación. La lista de documentos que se encuentra más abajo, le ayudará a completar la solicitud correctamente y así enviar los documentos que CCAR necesita para determinar su elegibilidad en el programa.

- Estar trabajando o estar inscrito en *VIEW/Fairfax Works!* o en un programa de capacitación laboral y estar recibiendo ayuda pública a través de “Asistencia Temporal para Familias Necesitadas” (Temporary Assistance for Needy Families - TANF). Llámenos si necesita más información antes de completar la solicitud.
- Estar participando en alguno de los programas del Departamento de Servicios para la Familia (DFS) y ser remitido a CCAR para el cuidado de niños. Si usted es madre/padre adoptivo o cuenta con un trabajador(a) social del DFS, llámelo(a) para consultarle sobre su elegibilidad para el cuidado de niños, su trabajador(a) social nos lo comunicará y podremos ayudarle de inmediato.

Mientras espera nuestra respuesta, usted puede empezar a buscar lugares para el cuidado de los niños. Un buen modo de comenzar su búsqueda, es consultar nuestra página de Internet, www.fairfaxcounty.gov/childcare. En este sitio, usted encontrará información sobre los programas de la Oficina Para Niños, sus servicios y los formularios. También encontrará listas de proveedores y centros de cuidado de niños del condado de Fairfax, aparecerán ordenados por áreas, según el código postal.

Por favor, recuerde que si comienza a usar los servicios de cuidado de niños antes de que CCAR apruebe su solicitud y haya hecho los arreglos con el proveedor o centro que usted ha elegido, usted será absolutamente responsable del pago de dichos cuidados.

Si necesita más información o ayuda en la elección de sus posibilidades, por favor, llamar a CCAR al: 703-449-8484.

DOCUMENTOS QUE NECESITA ENVIAR CON SU SOLICITUD PARA CCAR

Para procesar su solicitud, el personal del programa para la asistencia del cuidados y remisión de niños (Child Care Assistance and Referral - CCAR) necesita saber dónde vive su familia y tener información sobre el horario de trabajo y/o de clases de su grupo familiar.

Para demostrar dónde vive

Envíe una copia de los siguientes documentos. Deberá incluir su nombre y dirección.

Con fecha de los últimos 30-60 días

- v Factura de TV Cable o TV satelital
- v Factura de electricidad, gas, agua o recolección de basura
- v Factura de teléfono fijo(no celular)
- v Estado de Cuenta de la hipoteca de su casa/apartamento

Para demostrar que trabaja y/o va a la escuela

Su nombre (y, si corresponde, el de su cónyuge/ o pareja) deberá aparecer en estos documentos.

*Si usted **trabaja**, envíe su

v Última colilla de pago (con fecha de los últimos 30-60 días)

*Si usted va a la **escuela** o participa en un programa de **capacitación**, envíe el

v calendario de clases del programa a que asiste

v Copia del contrato de alquiler vigente
v Carta del administrador de la oficina de alquiler
(con membrete) de la compañía que alquila

*Si usted **trabaja y va a la escuela**, deberá
enviar ambas constancias, la colilla de pago y el
v el horario de clases

SOLICITUD PARA EL SERVICIO DE ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS

Deberá reportar los nombres, las direcciones y la información de ingreso de ambos padres y/o familiares que contribuyan. Por favor, llenar todos los espacios, no dejar nada en blanco, incluya información del padre ausente, y adjunte la documentación requerida. (POR FAVOR, ESCRIBA EN IMPRENTA)

PADRE y/o TUTOR y/o FAMILIAR CONTRIBUYENTE			
Vive con el menor: _____ (Sí o No)		Vive con el menor: _____ (Sí o No)	
(Madre) Nombre:(Apellido) _____ (Nombre)		(Padre) Nombre: (Apellido) _____ (Nombre)	
Número del Seguro Social (#NSS): <i>(optativo)</i>		Número del Seguro Social (#NSS): <i>(optativo)</i>	
Dirección: Calle : _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____		Dirección: Calle : _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____	
Teléfono particular: () _____		Teléfono particular: () _____	
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____		Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____	
Estado civil: (Marque "v" uno) __ Casado/a __ Soltero/a __ Divorciado/a __ Viudo/a __ Separado/a __ Soltero/a, Vive en pareja		Estado civil: (Marque "v" uno) __ Casado/a __ Soltero/a __ Divorciado/a __ Viudo/a __ Separado/a __ Soltero/a, Vive en pareja	
Raza: (Marque "v" uno) __ Blanco/a __ Aborigen americano/Nativo de Alaska __ Asiático/a __ Negro o afro-americano/a __ Nativo de Hawaii o islas del Pacífico		Raza: (Marque "v" uno) __ Blanco/a __ Aborigen americano/Nativo de Alaska __ Asiático/a __ Negro o afro-americano/a __ Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico	
Raza: (Marque "v" uno) __ Hispano/a __ No Hispano/a	Idioma preferido :	Raza: (Marque "v" uno) __ Hispano/a __ No Hispano/a	Idioma preferido :
Tutor Nombre y Relación: _____ <i>(Complete si corresponde)</i>		Familiar contribuyente Nombre y Relación: _____ <i>(Complete si corresponde:)</i>	
Número del Seguro Social: _____ <i>(optativo)</i>		Número del Seguro Social: _____ <i>(optativo)</i>	
Dirección: Calle : _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____		Dirección: Calle : _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____	
Teléfono particular: () _____		Teléfono particular: () _____	
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____		Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____	
Estado civil: (Marque "v" uno) __ Casado/a __ Soltero/a __ Divorciado/a __ Viudo/a __ Separado/a __ Soltero/a, Vive en pareja		Estado civil: (Marque "v" uno) __ Casado/a __ Soltero/a __ Divorciado/a __ Viudo/a __ Separado/a __ Soltero/a, Vive en pareja	
Raza: (Marque "v" uno) __ Blanco/a __ Aborigen americano/Nativo de Alaska __ Asiático/a __ Negro/afro-americano/a __ Nativo de Hawaii o islas del Pacífico		Raza: (Marque "v" uno) __ Blanco/a __ Aborigen americano/Nativo de Alaska __ Asiático/a __ Negro/afro-americano/a __ Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico	

NIÑOS EN LA FAMILIA									
NOMBRE DEL NIÑO <i>(Apellido, Nombre)</i>	Fecha de Nacim. M/D/A	Edad	# NSS <i>(Opcional)</i>	Sexo (M/F)	Raza	Hispano/ Hispana (Sí / No)	¿Necesita cuidados? (Sí / No)	¿Está en SACC? (Sí/No)	¿Está en Head Start? (Sí / No)

OTROS MIEMBROS EN EL HOGAR						
NOMBRE COMPLETO	FECHA NACIM.	RELACION		NOMBRE COMPLETO	FECHA NACIM.	RELACION

OFICINA PARA NIÑOS DEL CONDADO DE FAIRFAX BIENESTAR DE VIRGINIA DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES
(POR FAVOR, ESCRIBA EN IMPRENTA) SOLICITUD PARA EL SERVICIO DE ASISTENCIA DE CUIDADO DE NIÑOS

INFORMACIÓN LABORAL															
Nombre del empleador o Nombre de la empresa: <i>(Empleo de la madre o del familiar contribuyente)</i>	Nombre del empleador o Nombre de la empresa: <i>(Empleo del padre o del familiar contribuyente)</i>														
Dirección del trabajo: Calle : _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____	Dirección del trabajo: Calle : _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____														
Teléfono del Trabajo #: () _____ Ext.: _____	Teléfono del Trabajo #: () _____ Ext.: _____														
Horario de trabajo: LUN MAR MIÉR JUE VIER SÁB DOM <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width:12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> </tr> </table>								Horario de trabajo: LUN MAR MIÉR JUE VIER SÁB DOM <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width:12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> </tr> </table>							
Nombre de empleadores o empresas adicionales: <i>(Empleo de la madre o del familiar contribuyente)</i>	Nombre de empleadores o empresas adicionales: <i>(Empleo del padre o del familiar contribuyente)</i>														
Dirección del Trabajo: Calle : _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____	Dirección del Trabajo: Calle : _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____														
Teléfono del Trabajo #: () _____ Ext.: _____	Teléfono del Trabajo #: () _____ Ext.: _____														
Horario de trabajo: LUN MAR MIÉR JUE VIER SÁB DOM <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width:12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> </tr> </table>								Horario de trabajo: LUN MAR MIÉR JUE VIER SÁB DOM <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width:12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> </tr> </table>							

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA O CURSO DE CAPACITACIÓN															
Nombre de la escuela o centro de capacitación: <i>(Capacitación de la madre)</i>	Nombre de la escuela o centro de capacitación: <i>(Capacitación del padre)</i>														
Horario del curso: LUN MAR MIÉR JUE VIER SÁB DOM <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width:12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> </tr> </table>								Horario del curso: LUN MAR MIÉR JUE VIER SÁB DOM <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width:12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> </tr> </table>							

INFORMACIÓN DE INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR				
TIPO DE INGRESOS	MONTO BRUTO POR PERIODO DE PAGO	FRECUENCIA: <i>(Marque "v" uno)</i>		
Ingreso de la madre o tutor		? semanal	? bi-semanal	? dos veces por mes ? mensual
Ingreso del padre o tutor		? semanal	? bi-semanal	? dos veces por mes ? mensual
Ingresos de otros miembros de la familia		? semanal	? bi-semanal	? dos veces por mes ? mensual
Cuota de manutención o cuota de ayuda al menor**		? semanal	? bi-semanal	? dos veces por mes ? mensual
Ayuda TANF/VIEW		? semanal	? bi-semanal	? dos veces por mes ? mensual
Beneficios a veteranos		? semanal	? bi-semanal	? dos veces por mes ? mensual
Beneficios SSA/SSI		? semanal	? bi-semanal	? dos veces por mes ? mensual
Beneficios por desempleo		? semanal	? bi-semanal	? dos veces por mes ? mensual

**Si no recibe o no le están pagando la cuota de ayuda para el niño, deberá registrarse y colaborar con la División del Cumplimiento de la Ayuda al Menor (1-877-822-4612) y deberá informar los pagos de ayuda recibidos.

He leído y acepto lo siguiente:

- He leído la hoja anexa, comprendo mis derechos y obligaciones, y adjunto/entregaré la documentación requerida. Certifico que esta declaración es verdadera y precisa en cuanto a mi situación económica y miembros de mi grupo familiar.
- Autorizo a "Child Care Assistance & Referral" a efectuar cualquier verificación necesaria para determinar y analizar la elegibilidad y la necesidad para el cuidado de niños. Esta autorización incluye revelar información sobre mi empleo, salario calendario laboral, y/o horarios de clases y/o cursos de capacitación. Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de la firma.

FIRMA _____ FECHA _____

INSTRUCCIONES DE APELACIÓN PARA LA ASISTENCIA DE FONDOS DEL ESTADO

Si no le satisface la información que recibe y las acciones que se han tomado, usted puede apelar la decisión, dentro de los 30 días a partir de la fecha en que firma esta carta. Le sugerimos que comience el proceso de apelación llamando a su Especialista en Elegibilidad o Especialista en Cuidado de Niños de la Oficina para Niños, al 449-8484, y solicitar una reunión. Usted puede apelar a la Asistencia de cuidados y remisión de niños: (Child Care Assistance and Referral, Office for Children, 12011 Government Center Parkway, 8th Floor, Fairfax, VA 22035) o escribir directamente a:

Manager, Appeals & Fair Hearings
Virginia Department of Social Services
Division of Management & Customer Service
7 North Eighth Street
Richmond, VA 23219

Usted también puede apelar a un fallo de la Corte si ya está recibiendo servicios. También esta gestión deberá hacerse dentro de los 30 días a partir de la fecha en que firma esta carta, dirigiéndose a “Child Care Assistance and Referral, Office for Children, Department of Family Services, 12011 Government Center Parkway, 8th Floor, Fairfax, VA 22035” o a la Autoridad de Audiencias del Servicio (Service Hearing Authority).

Si solicita una reunión en la agencia o una audiencia dentro de los diez días de que se le haya notificado la acción, su servicio o el pago de su servicio continuarán hasta que se tome una decisión.

Si considera que, en algún momento, fue víctima de discriminación, puede presentar una demanda ante el Departamento de Servicios para la Familia, el Delegado del Departamento de Servicios Sociales, o la Oficina de Derechos Civiles, de la Región III. Esto deberá realizarse dentro de los 180 días de la discriminación alegada. Tenemos para su información un folleto titulado “Programa de no discriminación de Virginia” (Virginia Non Discrimination Program) que proporciona instrucciones y procedimientos para presentar una demanda, el cuál podrá solicitar en las oficinas estatales o locales que se mencionan abajo.

INGRESO ANNUAL MÁXIMO PARA PARTICIPAR EN CCAR

En vigencia a partir del 06/01/05

Numero de miembros en la familia	2	3	4	5	6	7	8
Condado de Fairfax	\$35,280	\$44,256	\$53,232	\$62,172	\$71,148	\$80,124	\$89,064
Otras Jurisdicciones							
• Ciudad de Fairfax *	\$23,736	\$29,772	\$35,808	\$41,832	\$47,868	\$53,892	\$59,928
• Ciudad de Falls Church*							
• Fort Belvoir							

*Es posible que se disponga de fondos locales adicionales en estas jurisdicciones.

Sitio en Internet: www.fairfaxcounty.gov/childcare

El condado de Fairfax está dedicado a proporcionar a sus ciudadanos un acceso equitativo a todos los programas, servicios y actividades del condado. Según se solicite, se brindará acomodación especial. Llame al (703) 49-8484 o TDD (703) 324-3923.

CCAR STAFF USE ONLY

Monthly Gross Income: _____ Funding: State _____ Local _____

Family Size: _____ VIEW/ TANF: _____ (yes / no)

Number Children in Care: _____ Total Family Fee: _____ (weekly) _____ (monthly, if applicable)

? SACC Fee: _____ (monthly)

Reviewed by _____ Date _____ TEAM # _____

Date Service Record Requested _____ (if applicable)